

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Santé des médecins généralistes : Étude des obstacles au choix d'un médecin traitant indépendant

LE GRAND Fanny

Née le 06 décembre 1991 à Troyes (10)

Sous la direction de Mme CADE Charline

Membres du jury

Pr CONNAN Laurent | Président

Dr CADE Charline | Directeur

Pr PETIT Audrey | Membre

Pr DE CASABIANCA Catherine | Membre

Soutenue publiquement le :
21 novembre 2019



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LE GRAND Fanny
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **15/09/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse Dr Charline Cade, pour sa gentillesse, son soutien, sa grande disponibilité et ses nombreux conseils tout au long de ce travail.

J'adresse tous mes remerciements à Monsieur le Professeur Laurent Connan qui me fait l'honneur de présider mon jury.

A mesdames les Professeures Catherine De Casabianca et Audrey Petit pour l'intérêt qu'elles ont bien voulu porter à mon travail en prenant part à ce jury. Veuillez recevoir le témoignage de tout mon respect.

A tous les médecins qui ont accepté de répondre aux questions posées autour de ce sujet délicat qu'est leur propre santé. Merci pour la confiance et le temps que vous m'avez accordés et pour votre soutien. Ce travail n'aurait pu aboutir sans votre participation.

A mon tuteur, Dr Pichon qui, en plus de son soutien et de sa gentillesse pendant ces trois années d'internat m'a également permis de faire une grande avancée dans ce travail de thèse notamment pour la diffusion du questionnaire.

A tous les médecins et équipes paramédicales rencontrés au cours de mes stages, pour le savoir et l'amour du métier qu'ils m'ont transmis et qui m'ont aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes amis, pour les moments forts que nous avons partagés.

Aux membres de ma famille, pour votre amour et votre soutien moral et matériel inconditionnels. A ma grand-mère, partie trop tôt, que j'espère rendre fière.

A mon mari, Paul-Emmanuel, pour son amour, sa patience et son soutien quotidien indéfectible pendant toutes ces années d'étude. A notre petite fille, Amandine.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Population
2. Suivi médical des médecins généralistes
3. Obstacles

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux
2. Le temps en médecine générale
3. Le suivi du médecin généraliste : un concept à inventer
4. L'exigence du MG dans son suivi
5. Limites et perspectives

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

1. Tableau I. Caractéristiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique ayant répondu au questionnaire
2. Tableau II. Caractéristiques des médecins généralistes selon leur suivi médical
3. Tableau III. Obstacles, désignés par les MG comme majeurs, à consulter un médecin indépendant pour leur propre suivi médical (par fréquence décroissante)

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

SANTÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ÉTUDE DES OBSTACLES AU CHOIX D'UN MÉDECIN TRAITANT INDÉPENDANT

LE GRAND Fanny

Département de médecine générale, UFR Angers

RÉSUMÉ

Introduction: En France, la majorité des médecins généralistes (MG) privilégient l'automédicalisation en se tournant en priorité vers eux-mêmes pour les soins de premier recours. Même si cette pratique est autorisée, elle n'est pas encouragée en raison des répercussions possiblement néfastes sur leur santé mais aussi sur la qualité de leurs soins.

Devant cette problématique, les Dr Joseph and al. ont mené une étude qualitative auprès de 20 MG girondins dans le but d'identifier leurs critères de choix du médecin traitant (MT). Les auteurs ont estimé qu'une étude quantitative complémentaire permettrait d'explorer les blocages au choix d'un MT indépendant.

Ce travail s'est donc attaché à identifier les principaux obstacles rencontrés par les MG à confier leur suivi médical à un autre médecin qu'eux même.

Sujets et Méthodes: Étude quantitative menée en décembre 2018 auprès des MG libéraux installés en Maine-et-Loire et en Loire-Atlantique.

Résultats: Sur les 289 répondants, 65% ont déclaré assurer leur propre suivi médical. Les principaux obstacles cités sont le manque de temps, la difficulté à se projeter en tant que patient, la conviction d'être en capacité de se prendre en charge et la crainte de ne pas être satisfait de la prise en charge proposée.

Conclusion: Il est nécessaire de tenir compte des difficultés rencontrées par les MG à l'accès aux soins pour leur proposer une prise en charge satisfaisante. Le suivi médical du MG est difficile à mettre en place car mal codifié de par leur statut et les particularités de la relation soignant-soigné entre deux médecins. Il nous semble important de poursuivre la sensibilisation sur cette problématique notamment dès le début de leur formation mais aussi de leur proposer

des solutions concrètes. Cela peut passer par des moyens permettant l'optimisation de leur temps de travail ou une orientation vers des associations ou des médecins ayant bénéficié d'une formation dédiée.

INTRODUCTION

« *Le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même* » répétait Michaël Balint (1). Pourquoi en priver les médecins ? D'après plusieurs travaux, 80% des médecins généralistes (MG) français se déclarent comme leur propre médecin traitant (MT) et privilégient l'automédicalisation en se tournant en priorité vers eux-mêmes pour les soins de premier recours (2-5). Devant ce constat, diverses études ont été menées depuis une dizaine d'années sur les conséquences de cette décision et notamment sur leur santé. On peut citer parmi elles : le retard au diagnostic de pathologies parfois graves et les dangers de l'automédication car nombreux sont les médecins à s'auto-prescrire divers traitements (6). On peut y ajouter les possibles répercussions négatives sur la qualité des soins dispensés aux patients qu'ils prennent en charge. En effet, comme disait Dr About, MG à l'initiative de l'association MOTS (Médecins, Organisation, Travail, Santé) : "*La santé de la population dépend de celle des soignants, qui doivent être bien dans leur peau et dans leur tête*" (7). Par conséquent, cette pratique d'automédicalisation n'est pas encouragée même si elle reste autorisée en France.

Il existe un réel paradoxe entre d'une part, le recours excessif à l'automédicalisation et d'autre part l'inquiétude de certains médecins sur ses potentiels dangers. Les MG eux-mêmes sont les premiers concernés et préoccupés par cette situation comme l'a montré Mr Corpel dans sa thèse soutenue en 2007 (8). Il y rapportait que plus de la moitié des MG marnais pensaient ne pas être un bon médecin pour eux-mêmes.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'est également soucié assez tôt de cette situation. Dans le rapport de la Commission Nationale Permanente (CNP) de 2008, il semble évident pour les Drs Biencourt, Bouet et Montané qu'une bonne prise en charge médicale ne peut pas être une bonne auto prise en charge (6). Ils exposent par exemple la difficulté à

s'examiner soi-même et à porter un jugement objectif sur ses propres symptômes. Il leur paraît ainsi indispensable de trouver des solutions et de proposer une offre de soin adaptée à la singularité du médecin, d'autant plus dans le contexte actuel où la population médicale vieillit. Le CNOM a ainsi mis en place en 2017 avec l'aide de 31 partenaires, dont la Commission santé des médecins anesthésistes réanimateurs, le ministère des affaires sociales et de la santé et le Collège de la médecine générale, une campagne de sensibilisation « Dis doc t'as ton doc ? » dans l'objectif d'interpeller les professionnels de santé (9).

Devant cette problématique, une étude qualitative a été menée auprès de 20 MG girondins en 2009 par Dr Joseph, Bertrand et Demeaux (10). L'objectif était d'identifier les critères de choix du MT par les MG ainsi que les représentations qu'ils en ont. Les principales raisons évoquées par les MG qui s'auto-désignaient comme MT étaient le manque de temps, la gêne à la consultation avec une peur du jugement et de l'irrespect de la confidentialité, la difficulté d'instaurer une relation soignant/soigné entre médecins, les difficultés à perdre le contrôle et à se projeter en tant que patient et la facilité de la gestion par soi-même. Néanmoins, les auteurs ont pensé qu'une étude quantitative sur ce thème serait complémentaire et permettrait d'explorer les blocages au choix d'un MT indépendant. En effet, comprendre les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de leur propre santé permettrait d'apporter des solutions concrètes afin de lutter contre cette automédicalisation.

L'objectif de cette étude était d'identifier les principaux obstacles rencontrés par les MG à confier leur suivi médical à un autre médecin qu'eux même.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude quantitative, déclarative et descriptive auprès des MG du Maine-et-Loire (49) et de Loire-Atlantique (44) en décembre 2018. Étaient exclus les MG avec une activité hospitalière ou mixte. Les MG remplaçants, thésés ou non, n'étaient pas inclus.

L'étude reposait sur un questionnaire (Annexe 1). Il a été élaboré à l'aide des recherches bibliographiques et créé sur le logiciel Limesurvey. Il associait questions ouvertes et fermées. Il recueillait les caractéristiques démographiques des MG, les modalités de leur suivi médical, leur MT déclaré, le ressenti sur leur prise en charge médicale et leur santé et enfin leurs difficultés à consulter un tiers.

Le questionnaire a été adressé par mail à tous les MG du Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique. Une relance par mail a été effectuée 30 jours après le premier envoi. Les coordonnées des MG ont été recueillies auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du 44, du Département de Médecine Générale d'Angers pour les maîtres de stages universitaires du Maine-et-Loire et de l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS) 49.

La saisie des données a été effectuée sur Excel et les calculs statistiques à l'aide de Biostatgv. Afin de comparer les variables qualitatives ordonnées de manière fiable, des regroupements de modalités ont été utilisés (obstacle coté à 1: pas d'obstacle, coté 2 et 3: obstacle mineur, coté 4 et 5: obstacle majeur). Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées et analysées par ordre de fréquence. Les MG assurant eux-mêmes leur suivi médical ont été appelés « MG automédicalisés ». Les données analysées ont ensuite été comparées entre plusieurs groupes : population totale de l'étude, MG automédicalisés et MG suivis par un tiers. Ces groupes ont été comparés par le test du Khi² et de Fisher avec un seuil de significativité à 5 % ($p < 0,05$).

Les questionnements étant d'ordre général sur ce qui théoriquement et consciemment freinent les MG à choisir un MT autre qu'eux-mêmes, l'intentionnalité de la recherche était donc d'ordre sociologique et ne relevait pas à ce titre de la Loi Jardé.

RÉSULTATS

1. Population

Sur les 834 MG du Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique répertoriés et sollicités, 323 ont répondu au questionnaire (39 %). 34 questionnaires ont été exclus de l'étude car remplis de manière incomplète. Ainsi 289 questionnaires ont été analysés. Les caractéristiques des répondants sont détaillées dans le tableau I. Les MG répondants étaient majoritairement représentés par des femmes avec une moyenne d'âge de 44 ans [28 à 71 ans]. 75 % des MG exerçaient en cabinet de groupe et 93 % en milieu urbain ou péri-urbain. 25% des MG interrogés ont déclaré une pathologie chronique dont principalement l'hypertension artérielle (13%), l'asthme (8%) et les pathologies articulaires comme l'arthrose, les rachialgies chroniques et les tendinopathies (8%).

Tableau I. Caractéristiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique ayant répondu au questionnaire.

	Population totale (n=289)		MG automédicalisés		MG suivis par un tiers		Relation de significativité entre les MG automédicalisés et les MG suivis par un tiers
	Pourcentages calculés sur le nombre total de répondants		Pourcentages calculés sur l'effectif de chaque caractéristique				
Genre							
• Homme	117	40,48 %	83	70,94 %	34	29,06 %	NS (p = 0,10)
• Femme	172	59,52 %	106	61,63 %	66	38,37 %	
Age							
• < 45 ans	162	56,06 %	95	58,64 %	67	41,36 %	p = 0,006
• ≥ 45 ans	127	43,94 %	94	74,02 %	33	25,98 %	
Mode d'exercice							
• Seul	21	7,27 %	16	76,19 %	5	23,81 %	NS (p = 0,52)
• En MSP	51	17,65 %	34	66,67 %	17	33,33 %	
• En cabinet de groupe	217	75,09 %	139	64,06 %	78	35,94 %	
Lieu d'exercice							
• Urbain (> 10000 hab)	141	48,79 %	95	67,38 %	46	32,62 %	NS (p = 0,78)
• Péri urbain (entre 2000 et 10000 hab)	127	43,94 %	81	63,78 %	46	36,22 %	
• Rural (< 2000 hab)	21	7,27 %	13	61,90 %	8	38,10 %	
Pathologie chronique							
• Oui	71	24,57 %	42	59,15 %	29	40,85 %	NS (p = 0,20)
• Non	218	75,43 %	147	67,43 %	71	32,57 %	
Suivi médical							
• Un confrère généraliste	42	14,53 %					
• Un confrère spécialiste	39	13,49 %					
• Un confrère membre de votre famille ou ami	19	6,57 %					
• Vous même	189	65,40 %					

NS : non significatif

Afin de faciliter l'analyse, la variable qualitative « tranches d'âge » a été créée après le recueil de données. En référence à plusieurs enquêtes nationales, deux tranches d'âge arbitraires ont été choisies : moins et plus de 45 ans.

2. Suivi médical des médecins généralistes

65% des répondants ont déclaré assurer leur propre suivi médical et représentaient ainsi les MG automédicalisés. Ceux-ci étaient significativement plus âgés que les MG suivis par un tiers ($p = 0,006$) (tableau I). Le mode et le lieu d'exercice ainsi que le sexe ou la présence d'une pathologie chronique n'influençaient pas sur le choix du suivi médical.

80% des MG de notre étude ont déclaré officiellement un MT avec une majorité d'autodéclaration (tableau II). Aucun médecin spécialiste n'était déclaré officiellement MT bien que 13% des MG leur confiaient leur suivi. Cependant ceux-ci nous ont confié dans les questions ouvertes qu'ils les consultaient uniquement pour un motif précis et qu'ils s'automédicalisaient le reste du temps. Par ailleurs, 20% des MG automédicalisés ont déclaré un MT indépendant et à l'inverse 25% des MG suivis par un tiers se sont déclarés comme propre MT.

La majorité des MG interrogés (62%) se sentaient médicalement bien pris en charge avec cependant un meilleur ressenti chez les MG suivis par un tiers par rapport aux MG automédicalisés ($p < 0,01$). Le ressenti sur leur état de santé était lui, comparable entre les groupes, la majorité des MG s'estimaient en bonne santé (86%).

Tableau II. Caractéristiques des médecins généralistes selon leur suivi médical

	Population totale (n=289)	MG automédicalisés (n=189)	MG suivis par un tiers (n=100)	Relation de significativité entre les MG automédicalisés et les MG suivis par un tiers
	Pourcentages calculés sur l'effectif des MG répondants	Pourcentages calculés sur l'effectif des MG automédicalisés	Pourcentages calculés sur l'effectif des MG suivis par un tiers	
Médecin traitant déclaré				$p < 0,01$
• Oui	232	142	90	90,00 %
• Un confrère généraliste	65	19	46	46,00 %
• Un confrère spécialiste	0	0	0	0,00 %
• Un confrère membre de votre famille ou ami	38	19	19	19,00 %
• Vous même	129	104	25	25,00 %
• Non	57	47	10	10,00 %
Ressenti prise en charge médicale				$p < 0,01$
• Bonne	180	102	78	78,00 %
• Mauvaise	48	37	11	11,00 %
• Inexistante	61	50	11	11,00 %
Ressenti état de santé				NS ($p = 0,68$)
• Très bon	67	37	30	30,00 %
• Bon	182	127	55	55,00 %
• Moyen	39	24	15	15,00 %
• Mauvais	1	1	0	0,00 %

NS : non significatif

3. Obstacles au choix d'un médecin traitant indépendant

L'étude cherchait à identifier les obstacles, perçus par les MG comme majeurs, quant au choix de faire assurer leur suivi médical par un confrère. Pour les MG de notre étude, les deux obstacles les plus fréquemment perçus comme freinant la consultation d'un médecin tiers étaient la facilité de l'autoprescription et le manque de temps (tableau III). Cependant, quatre obstacles étaient significativement plus retrouvés chez les MG automédicalisés : le **manque de temps**, la **difficulté à se projeter en tant que patient**, la **conviction d'être en capacité de prendre en charge sa propre santé** et la **crainte de ne pas être satisfait de la prise en charge proposée**.

La majorité des MG ayant déclaré comme obstacle leur âge était âgé de moins de 45 ans. De même, concernant la conviction de se sentir en bonne santé, cet obstacle est déclaré de manière plus fréquente chez les MG sans antécédents médicaux comparativement au MG ayant déclaré une pathologie chronique ($p < 0,01$).

Les réponses aux questions ouvertes ont permis de mettre en évidence d'autres obstacles que ceux initialement proposés. Quatre des MG interrogés citaient ainsi la **peur de déranger inutilement un confrère** et la **distance géographique nécessaire pour consulter un MG inconnu** et deux parlaient de la **négligence de leur santé** et du **déni de pouvoir être malade**.

Tableau III. Obstacles, désignés par les MG comme majeurs, à consulter un médecin indépendant pour leur propre suivi médical (par fréquence décroissante)

Obstacles	Population totale n (%)	MG automédicalisés n (%)	MG suivis par un tiers n (%)	Relation de significativité entre les MG automédicalisés et les MG suivis par un tiers
Facilité de l'autoprescription	171 (59,2)	115 (67,3)	56 (32,7)	NS
Manque de temps pour consulter quelqu'un d'autre	136 (47,1)	101 (74,3)	35 (25,7)	$p < 0,01$
Conviction d'être en bonne santé	82 (28,4)	58 (70,7)	24 (29,3)	NS
Difficulté à se projeter en tant que patient	75 (26)	59 (78,7)	16 (21,3)	$p = 0,05$
Âge qui n'incite pas à avoir un suivi régulier	68 (23,5)	46 (67,7)	22 (32,3)	NS
Conviction d'être en capacité de prendre en charge sa propre santé	57 (19,7)	45 (78,9)	12 (21,1)	$p = 0,02$
Appréhension du manque d'objectivité du confrère	48 (16,6)	37 (77,1)	11 (22,9)	NS
Crainte de ne pas être satisfait(e) de la prise en charge proposée	42 (14,5)	34 (81)	8 (19)	$p = 0,02$
Appréhension de mettre le confrère en difficulté	37 (12,8)	27 (73)	10 (27)	NS
Appréhension d'être jugé(e)	32 (11,1)	25 (78,1)	7 (21,9)	NS
Pathologie "génante"	31 (10,7)	23 (74,2)	8 (25,8)	NS
Manque d'intérêt pour sa propre santé	31 (10,7)	22 (71)	9 (29)	NS
Crainte d'un diagnostic grave	29 (10)	20 (69)	9 (31)	NS
Doute sur la confidentialité des consultations	24 (8,3)	17 (70,8)	7 (29,2)	NS
Mauvaise expérience de suivi avec un confrère	14 (4,8)	7 (50)	7 (50)	NS
Manque de confiance en ses confrères	12 (4,2)	9 (75)	3 (25)	NS

NS : non significatif

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux

Les différents obstacles rencontrés par les MG à confier leur suivi médical à un médecin tiers ont pu être quantifiés permettant de compléter les précédentes études qualitatives sur le sujet (10,11). Ainsi, les MG interrogés ont mis en évidence deux principaux obstacles à consulter un tiers pour la prise en charge de leur santé: la facilité de l'autoprescription et le manque de temps. Cependant, il paraît intéressant de mettre en avant ceux majoritairement et significativement déclarés par les MG automédicalisés: le manque de temps, la difficulté à se projeter en tant que patient, la conviction d'être en capacité de prendre en charge sa propre santé et la crainte de ne pas être satisfait de la prise en charge proposée.

2. Le temps en médecine générale

Comme dans les précédents travaux menés sur ce sujet, les médecins de notre étude nous laissent entendre qu'ils manquent de temps pour s'occuper de leur santé (10,11). Quelle est la relation du MG au temps ? Comment les aider à se dégager du temps ?

La durée moyenne d'une semaine de travail d'un MG est de 57 heures d'après un panel de MG libéraux en 2010, avec des disparités importantes selon les praticiens et leur lieu d'exercice (12). Dans sa thèse, Mr Prunières a pu établir que sur ces 57 heures de travail hebdomadaire, plus de 13 heures sont consacrées à la réalisation d'un ensemble de tâches non médicales (13). Celles-ci sont principalement représentées par la gestion des dossiers administratifs (courriers et comptes rendus) et du parcours de soins des patients puis par la comptabilité et l'entretien du cabinet. On peut désormais y ajouter l'ouverture des dossiers médicaux partagés (DMP) qui, bien qu'ayant un intérêt non négligeable pour la continuité et la sécurité des soins, apporte une charge administrative supplémentaire. Ceci s'explique notamment par

l'incompatibilité fréquente des logiciels médicaux avec le DMP, obligeant les praticiens à passer du temps à verser les documents médicaux produits et parfois d'en faire la double saisie.

On peut imaginer que ces tâches peuvent facilement s'immiscer dans le temps libre des médecins et parfois représenter une cause de mal-être chez ces derniers en déclenchant le sentiment de ne pas consacrer assez de temps à leurs patients. En réponse à cette problématique, le gouvernement prévoit la création de 4000 postes d'assistants médicaux qui pourrait permettre dans l'idéal, une augmentation du temps médical de 15 % pour les médecins. Mais comme le fait remarquer Mr Prunières, avec un assistant pour 3 ou 4 médecins, travaillant aux 35 heures, cela pourrait ne pas être suffisant.

La technologie peut aussi avoir un rôle à jouer dans l'optimisation du temps des MG et particulièrement l'usage de la reconnaissance vocale qui est quatre fois plus rapide que la saisie de texte au clavier.

Le choix d'un mode d'organisation plus « structuré » comme l'exercice en cabinet de groupe semble également rassembler de nombreux avantages. Parmi eux, des moyens financiers plus importants, des vacances annuelles plus importantes, un secrétariat physique plus fréquent et la facilité de pouvoir différer des demandes de consultations et d'affronter les imprévus (11). Il paraît donc important d'encourager les MG à s'installer en groupe pour optimiser leur temps même si dans notre étude, le manque de temps reste un obstacle majeur quelle que soit leur structure d'exercice.

Le manque de temps est déclaré moins fréquemment par les MG suivis par un tiers quel que soit leur mode d'exercice. Une des hypothèses pour expliquer cette différence serait que ces derniers prennent tout simplement le temps pour leur santé. Peut-être que derrière ce "manque de temps" se cache parfois du désintérêt, de l'appréhension, une difficulté à s'organiser ou tout simplement une incapacité à savoir dire non à des activités non essentielles. Par exemple, si consulter un confrère est vécu comme contraignant, peu agréable pour

différentes raisons ou génère une certaine peur (crainte du jugement, d'un diagnostic grave...) cela ne devient pas une priorité sur notre emploi du temps. On peut repousser alors jusqu'à la dernière minute pouvant ainsi engendrer un retard (diagnostique ou thérapeutique) ou même décider de ne pas le faire du tout. Pouvoir en prendre conscience permettrait d'aider à y remédier. Certains MG peuvent également s'imposer une certaine pression : celle d'être le médecin idéal, d'être disponible pour leurs patients peu importe l'heure, de finir leur journée seulement lorsque tout est achevé... Le patient est devenu la priorité et non plus eux-mêmes, plaçant leur santé au second plan. De plus, cette même pression peut engendrer un certain stress avec toutes ses conséquences sur son propre bien être et donc celui de ses patients : anxiété, sentiment de ne jamais bien faire et donc chute de l'estime de soi, frustration etc. Cette situation est donc d'autant plus importante à identifier car elle justifierait justement une consultation auprès d'un confrère.

Faudrait-il contraindre les MG à se dégager du temps pour leur santé ? Même si certains membres de la CNP estiment impossible d'imposer aux confrères en exercice une visite médicale de prévention régulière et obligatoire, le sujet mérite d'être de nouveau évoqué comme cela a été le cas dans plusieurs travaux (6).

3. Le suivi du MG : un concept à inventer

Différents travaux de thèse ont évoqué le développement d'un suivi régulier où le médecin serait invité à faire le point sur sa santé (14-16). Le concept d'une médecine de prévention avait été également abordé par le CNOM dès 2000. En effet, la CNP insistait sur « *l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge* » et évoquait même l'idée d'une « *structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin* ». En 2004, dans son rapport « L'entraide ordinale », cette même CNP proposait « *un meilleur dépistage et une meilleure écoute des médecins en amont, dès le*

début des études » et « *la nécessité d'un suivi médical du médecin* » (17). Dans la thèse de Mr Berger, les médecins favorables à l'instauration d'une consultation de prévention ont dit avoir besoin surtout de coordination et d'aide à la programmation de leurs examens de santé (18). Les médecins libéraux de Loire-Atlantique ont déclaré également en très grande majorité (89%) être favorables à l'idée d'une consultation de médecine préventive. Malheureusement, malgré l'entrain apparent des médecins concernant la mise en place de cette consultation, la mise en pratique est parfois décevante. Pour exemple, en Haute Normandie, IMHOTEP qui proposait aux médecins libéraux de consulter un médecin de prévention s'est stoppée au bout de 18 mois par manque d'adhésions et par soucis d'organisation (4). Néanmoins, les projets tels que la consultation de médecine préventive à Paris, dans le grand Avignon et dans le Gard perdurent, de même que les associations d'écoute téléphonique (19). Pour exemple, l'association MOTS créée en 2010 et organisée PAR des médecins POUR des médecins est maintenant bien connue (20). Son objectif est d'améliorer la qualité de l'exercice professionnel par le biais d'une prise en charge personnelle grâce à une écoute téléphonique personnalisée et confidentielle puis au cours d'entretiens avec différents intervenants (psychologue, comptable, juriste, groupe d'entraide...). Dans 90% des cas, un aménagement a été envisagé avec une réorganisation du travail (horaires, délégation de tâches, informatisation, comptable), une prise en charge somatique (dépistage, vaccination, suivi médical) et psychologique.

Ces consultations régulières de prévention paraissent tout de même intéressantes à mettre en place. Vécue comme une convocation, cette visite permettrait d'aider les MG à se projeter en tant que patient et par conséquent d'atténuer leur crainte de déranger inutilement un confrère. En effet, en tant que soignant, assurer ces consultations de prévention et de dépistage auprès de patients asymptomatiques est une de nos missions principales, alors pourquoi ne pas se donner la chance d'en bénéficier en tant que soigné ?

La télémédecine pourrait également être une solution pour certains. En effet, cette pratique actuellement en pleine expansion, peut répondre aux attentes des MG éprouvant le besoin de consulter un médecin à distance de leur zone géographique afin de pouvoir, là encore accepter leur rôle de patient. En effet, tout en gardant les mêmes exigences de qualité et de sécurité que des actes classiques, ces consultations à distance avec un médecin que l'on ne connaît pas sont un moyen d'apporter de l'objectivité dans la relation soignant-soigné.

Le médecin ou la structure idéale pour accueillir les médecins malades semble se situer quelque part entre l'incitation bienveillante mais ferme à mieux se soigner et le droit à garder une indépendance. Dans tous les cas, le développement d'un suivi régulier du MG semble nécessaire quel que soit le moyen utilisé pour les aider à trouver leur place de patient et optimiser leur prise en charge.

4. L'exigence du MG dans son suivi

Il est difficile pour le médecin de se positionner entre son rôle de médecin et celui de patient. Son statut de médecin, de par ses connaissances et sa capacité d'autoprescription peut prendre facilement le dessus et le pousser à intervenir dans la décision diagnostique ou thérapeutique. Par conséquent, on peut comprendre que les MG puissent se sentir capables de gérer leur propre prise en charge médicale et ressentir une appréhension concernant celle proposée par un confrère. Mais il semble que ce refus de lâcher prise est malheureusement fréquent. En effet, pour une pathologie aiguë, le médecin se prescrit souvent les examens nécessaires jusqu'à ce qu'il ne se sente plus capable de se prendre en charge ou bien lorsqu'il y est obligé par des contraintes physiques (21). Plusieurs travaux ont décrit la crainte d'insatisfaction des MG vis à vis de leur prise en charge par un confrère (manque d'explications, ordonnances, surconsommation d'examens complémentaires ou au contraire banalisation de symptômes...) (22,23). Là encore, on peut facilement imaginer que cette appréhension provienne avant tout

de leurs difficultés à se détacher de leur rôle de médecin. En effet, les MG de notre étude l'ont évoqué comme obstacle alors même que le manque de confiance en leurs confrères, qui pourrait pourtant l'expliquer n'est pas un argument mis en avant.

Pourquoi tant de difficultés à se projeter en tant que patient ?

Les différents travaux effectués sur le sujet du médecin malade et notamment les études qualitatives sur les représentations de la maladie, décrivent un rapport à la maladie différent du patient lambda (16). Les MG semblent être peu disposés à faire abstraction du fait d'être médecin et à admettre la maladie par déni ou par sentiment d'invulnérabilité. Cette problématique est renforcée par la particularité de la relation soignant-soigné entre deux médecins.

L'idée du médecin malade semble être un tabou que les professionnels adoptent malheureusement fréquemment. Ceci peut s'expliquer par le nombre de contraintes s'imposant à un MG malade : difficultés à s'autoriser un arrêt de travail, renforcées par les difficultés à trouver un remplaçant dans des délais convenables et contraintes financières indéniables en cas d'arrêt d'exercice. Ils ressentent également le besoin de conserver une image de succès, de force et de stabilité pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs patients et le reste de la société. Ils ont peur que la révélation de leurs problèmes de santé les ruine professionnellement ou financièrement. Ils peuvent même ressentir un sentiment d'échec et se sentir coupables d'être malades pouvant les mener à s'isoler pour éviter d'affecter leur réputation.

Les médecins semblent croire qu'ils sont immunisés contre les pathologies qu'ils traitent. Néanmoins, une étude finlandaise démontre que le taux de mortalité des médecins pour différentes pathologies n'est pas plus faible que celui de la population générale. Leurs connaissances ne semblent donc pas leur apporter une protection supplémentaire (16). Ce que nous confirme Dr Rougeron qui nous livre dans son ouvrage le récit de sa propre maladie et de son statut qui a été source de difficultés envers lui-même : « le médecin que je suis s'est

cru plus malin que celui qui me soignait ! », « jamais je n'oublierai mon étonnante incompétence médicale envers moi-même... » (24).

Afin d'équilibrer la relation soignant-soigné, plusieurs travaux ont cherché à définir le médecin idéal pour les MG (16,22,23). Les médecins ont évoqué leur envie de pouvoir bénéficier d'un climat de consultation habituel, dans un lieu et pendant un temps qui leur serait consacré afin d'être considéré comme « un patient comme les autres ». Ils attendent de leur soignant une objectivité, qu'il fasse abstraction de leur profession et pour cela il faudrait donc qu'il se situe en dehors de leur cercle habituel. Le règlement de la consultation paraît indispensable pour « normaliser » la prise en charge des confrères même si cette question divise dans la littérature jusque dans le rapport du Conseil de l'Ordre de 2008 (6,25). Les médecins semblent donc rechercher une relation asymétrique, comme c'est le cas dans une relation médecin-malade, tout en sachant qu'elle n'est parfois pas facile à mettre en place. Ils ressentent le besoin d'avoir un médecin conscient de la spécificité de leurs patients et prêt à imposer leur statut pour qu'à leur tour, les médecins malades puissent endosser leur rôle de patient (16). Savoir que leur médecin a suivi une formation centrée sur les difficultés relationnelles pourrait les encourager à mieux se faire suivre. Des exemples étrangers montrent qu'il est possible de former des médecins à soigner leurs confrères, comme c'est le cas en Norvège, en Catalogne ou au Québec. En France, un diplôme inter-universitaire pour les soignants de soignants a vu le jour en Occitanie (26). De son côté, le médecin-patient doit se sentir prêt à accepter son statut de soigné. En effet, ceux ayant fait le choix de consulter se placent facilement dans leur rôle de patient optimisant ainsi leur prise en charge en gardant la distance nécessaire (21). Au contraire, si celui-ci est malheureusement entré dans la peau du patient de façon contrainte et forcée, il aura plus de risque de se retrouver dans une situation d'échec comme le montre l'exemple du Dr Allendy (27).

5. Limites et perspectives

Limites

Cette étude quantitative montre des résultats exploratoires intéressants mais présente une limite méthodologique non négligeable. En effet, l'analyse de l'échantillon des réponders a révélé un profil peu comparable à la population source en termes d'âge, de sexe, et de conditions d'exercice. Comparativement à la situation décrite par l'ORS en 2018 en Pays de Loire, les MG de notre échantillon sont plus jeunes (moyenne de 44 ans vs 50 ans) et sont majoritairement représentés par des femmes (60 % vs 45 % de femmes) (28). L'hypothèse principale pour expliquer cette différence d'âge serait que les nouvelles générations de médecins se sentent probablement plus concernées par le sujet et se sentent plus investies dans les réseaux de recherche. D'autant plus que les femmes médecins de notre étude faisaient partie majoritairement des jeunes médecins. Pour le pourcentage de déclaration comme propre MT, nos résultats sont comparables aux autres études : ainsi, ils étaient 63% dans l'étude de Gombert et 73% dans l'étude de Grau Coppieters (14,15).

Perspectives

Le CNOM avait également pensé à dissuader les médecins de se déclarer en tant que MT depuis 2008 au vu de la nécessité de limiter les risques majeurs de l'autoprescription et de l'automédicalisation en général. Se déclarer comme son propre MT est en effet autorisé en France notamment par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Code de Santé Publique (CSP). Toutefois, dans cette étude, nous remarquons que la désignation d'un MT n'a que peu d'influence sur l'attitude des MG vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. En effet, il est montré que même avec un MT, les praticiens vont peu les consulter et préfèrent souvent se soigner eux-mêmes. Cela s'était retrouvé également dans la thèse de R. Suty sur l'attitude des MG de Meurthe et Moselle envers leur propre santé (29). Cela nous permet de supposer

que quel que soit leur choix en termes de désignation de MT, les MG se tournent en priorité vers eux même. Cependant, l'idée de la sensibilisation comme initiée avec la campagne « Dis doc t'as ton doc ? » nous semble avoir un rôle non négligeable pour la prise de conscience collective (9).

Il serait souhaitable que les médecins soient sensibilisés à la problématique de leur prise en charge et à celle de leurs proches au cours de leurs études. Il semble important d'aider les futurs médecins à rompre avec l'image mythique du médecin intouchable et d'accepter leur statut de patient lorsqu'il est nécessaire.

Une réflexion guidée et construite, au cours de leur formation initiale, leur permettrait de choisir, de façon éclairée, entre se soigner ou se faire suivre par un confrère ; relevant de la même interrogation : soigner ou non ses proches (22).

BIBLIOGRAPHIE

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot & Rivages. 1996. 419 p.
2. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. [Thèse de médecine]. Toulouse; 2014.
3. CDOM Seine maritime et Eure. Enquête sur la santé des médecins libéraux. 2008.
4. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé? [Thèse de médecine]. Lille; 2015.
5. Pascale DESPRÈS et Isabelle GRIMBERT, Bernadette LEMERY et Caroline BONNET Catherine AUBRY et Carole COLIN. Santé physique et psychique des médecins généralistes [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
6. CNOM. Le médecin malade. 2008.
7. Association MOTS: organisation du travail et santé du médecin. Accompagnement de médecins par des médecins partout en France. [Internet]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
8. Corpel M. La santé du médecin libéral marnais: enquête descriptive auprès des médecins libéraux de la Marne [Thèse de médecine]. Reims; 2007.
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Dis doc, t'as ton doc? [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2151>
10. Joseph JP, Bertrand D, Demeaux JL. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations. Exercer. 2011;22(95):20 à 22.
11. Carme Julie, Maglioli Laetitia. La santé du médecin généraliste : Etude qualitative des freins à l'accès aux soins. [Thèse de médecine]. Grenoble; 2015.
12. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes Résultats. mars 2012;(n°797).
13. Prunières J-B. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie: étude transversale par auto-questionnaire [Thèse de médecine]. Montpellier; 2018.
14. Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées? Etude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine et Loire. [Thèse de médecine]. Angers; 2012.
15. Grau Coppieters F. Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse de médecine]. Montpellier; 2012.
16. Portalier Gay D. « Les médecins: des patients comme les autres? » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. [Thèse de médecine]. Lyon; 2008.

17. CNOM. L'entraide ordinale. 2004.
18. Berger C. Motivations et obstacles au comportement de prévention des médecins généralistes envers leur propre santé. [Thèse de médecine]. Poitiers; 2016.
19. Prod'homme M. Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise place d'un réseau de soins destiné aux soignants. Enquête par entretiens individuels auprès de 11 médecins du Poitou-Charentes. [Thèse de médecine]. Poitiers;
20. Sauvegrain L. Enquête sur la santé et les besoins des médecins libéraux de Loire-Atlantique. [Thèse de médecine]. Nantes; 2016.
21. Castel M. Le patient médecin en consultation de médecine générale, vécu de la relation médecin-patient, point du médecin soignant: étude qualitative portant sur les médecins des Alpes-Maritimes et du Var [Thèse de médecine]. Nice; 2017.
22. Aguilon Sébastien, Marre Petit-Castagnet Julie. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches? Thèse qualitative en « Focus group » dans le Lot. [Thèse de médecine]. Toulouse; 2015.
23. Bonneaudeau S. Le médecin/malade : Un patient comme les autres? [Thèse de médecine]. Paris; 2011.
24. Rougeron Claude, Mounier Frédéric. Les vrais secrets d'un médecin. Buchet-Chastel; 2004. 128 p.
25. Viel M-M. Chez le généraliste, quand le patient est aussi médecin : Ressentis et points de vue de treize médecins généralistes d'Ille et Vilaine Rennes [Thèse de médecine]. [2016]: Rennes;
26. Gontharet-Mariette M-H. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères. [Thèse de médecine]. Rouen; 2013.
27. Allendy R. Journal d'un médecin malade. Phébus. 2001. 224 p. (D'aujourd'hui).
28. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Généralistes. Situation en 2018.
29. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de meurthe-et-moselle [Thèse de médecine]. Nancy; 2006.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique ayant répondu au questionnaire	9
Tableau II Caractéristiques des médecins généralistes selon leur suivi médical.....	11
Tableau III Obstacles, désignés par les MG comme majeurs, à consulter un médecin indépendant pour leur propre suivi médical (par fréquence décroissante)	13

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	VII
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION.....	4
MÉTHODES	6
RÉSULTATS.....	8
1. Population	8
2. Suivi médical des médecins généralistes.....	10
3. Obstacles	12
DISCUSSION ET CONCLUSION	14
1. Résultats principaux	14
2. Le temps en médecine générale	14
3. Le suivi du médecin généraliste: un concept à inventer.....	16
4. L'exigence du MG dans son suivi	18
5. Limites et perspectives	21
BIBLIOGRAPHIE	23
LISTE DES TABLEAUX	25
TABLE DES MATIÈRES.....	26
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe I. Questionnaire.

Partie A: Variables socioprofessionnelles et démographiques

A1. Quel est votre âge ?

A2. Quel est votre sexe ? Féminin/ Masculin

A3. Vous exercez : Seul/ En cabinet de groupe/ En maison de santé pluridisciplinaire

A4. Vous exercez en milieu : Urbain (>10000 hab) / Péri urbain (entre 2000 et 10000 hab) / rural (<2000 hab)

A5. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique? Oui/ Non

A6. Si vous souhaitez préciser vos réponses ou nous laisser des commentaires sur les questions précédentes:

Partie B : Généralités

B1. Qui assure votre suivi médical régulier ? Vous-même/ Un confrère membre de votre famille ou ami/ Un confrère généraliste que vous ne connaissez pas personnellement/ Un confrère spécialiste que vous ne connaissez pas personnellement

B2. Avez-vous un médecin traitant déclaré? Oui/ Non

B3. Qui est-ce? Vous-même/ Un confrère membre de votre famille ou ami/ Un confrère généraliste que vous ne connaissez pas personnellement/ Un confrère spécialiste que vous ne connaissez pas personnellement

B4. Estimez-vous que votre prise en charge médicale est: Bonne/ Mauvaise/ Inexistante

B5. Comment jugez-vous votre état de santé ? Très mauvais/ Mauvais/ Moyen/ Bon/ Très bon

B6. Si vous souhaitez préciser vos réponses ou nous laisser des commentaires sur les questions précédentes:

Partie C : Identification des obstacles

C1. Sur une échelle de 1 (obstacle insignifiant) à 5 (obstacle majeur), quelle note donneriez-vous aux éléments suivants représentant potentiellement des freins à consulter un tiers?

	1	2	3	4	5
J'ai peur du manque d'objectivité de mon confrère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne suis pas sur(e) d'être satisfait(e) de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur d'être jugé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma pathologie est trop gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je doute de la confidentialité des consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis en bonne santé, je n'ai pas besoin de suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me projeter en tant que patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas le temps de consulter quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est plus simple et plus rapide de m'autoprescrire des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas confiance en mes confrères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ose pas aller consulter un confrère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas mettre mon confrère en difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur qu'on me trouve quelque chose de grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma santé n'est pas ma priorité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas besoin de consulter un confrère, je suis en capacité de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une mauvaise expérience de suivi avec un confrère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon âge ne m'incite pas à avoir un suivi régulier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Si vous souhaitez préciser certains obstacles :

LE GRAND Fanny

Santé des médecins généralistes : étude des obstacles au choix d'un médecin traitant indépendant

RÉSUMÉ

Introduction : En France, la majorité des médecins généralistes (MG) privilégient l'automédicalisation en se tournant en priorité vers eux-mêmes pour les soins de premier recours. Même si cette pratique est autorisée, elle n'est pas encouragée en raison des répercussions possiblement néfastes sur leur santé mais aussi sur la qualité de leurs soins.

Devant cette problématique, les Dr Joseph and al. ont mené une étude qualitative auprès de 20 MG girondins dans le but d'identifier leurs critères de choix du médecin traitant (MT). Les auteurs ont estimé qu'une étude quantitative complémentaire permettrait d'explorer les blocages au choix d'un MT indépendant.

Ce travail s'est donc attaché à identifier les principaux obstacles rencontrés par les MG à confier leur suivi médical à un autre médecin qu'eux même.

Sujets et Méthodes: Étude quantitative menée en décembre 2018 auprès des MG libéraux installés en Maine-et-Loire et en Loire-Atlantique.

Résultats: Sur les 289 répondants, 65% ont déclaré assurer leur propre suivi médical. Les principaux obstacles cités sont le manque de temps, la difficulté à se projeter en tant que patient, la conviction d'être en capacité de se prendre en charge et la crainte de ne pas être satisfait de la prise en charge proposée.

Conclusion: Il est nécessaire de tenir compte de ces difficultés rencontrées par les MG à l'accès aux soins pour leur proposer une prise en charge satisfaisante. Le suivi médical du MG est difficile à mettre en place car mal codifié de par leur statut et les particularités de la relation soignant-soigné entre deux médecins. Il nous semble important de poursuivre la sensibilisation sur cette problématique mais aussi de leur proposer des solutions concrètes. Cela peut passer par des moyens permettant l'optimisation de leur temps de travail, de les orienter vers des associations ou des médecins spécifiques suite à une formation dédiée.

Mots-clés : santé, médecins généralistes, auto prise en charge, médecin-patient, suivi médical

Health of general practitioners: study of the obstacles to the choice of an independent doctor

ABSTRACT

Introduction: In France, the majority of general practitioners (GPs) privilege self-medicalization turning towards first to themselves for primary care. Although this practice is allowed, it is not encouraged because of the potentially harmful impact on their health but also on the quality of their care.

In light of this issue, Dr. Joseph and al. conducted a qualitative study with 20 MG Girondins in order to identify their choice's criteria for the treating physician (TP). The authors felt that a complementary quantitative study would explore blockages at the choice of an independent TP. This work has therefore focused on identifying the main obstacles faced by GPs to entrust their medical monitoring to a doctor other than themselves.

Subjects and Methods: Quantitative study conducted in December 2018 with liberal GPs in Maine-et-Loire and Loire-Atlantique

Results: Of the 289 respondents, 65% provided their own medical follow-up. The main obstacles are the lack of time, the difficulty of projecting oneself as a patient, the conviction to be able to take care oneself and the fear of not being satisfied with the proposed charge.

Conclusion: It is necessary to consider the difficulties faced by GPs in accessing care to offer them adequate care. The medical monitoring of GP is difficult to implement because poorly codified by their status and the particularities of the patient-carer relationship between two doctors. We think it is important to continue raising awareness on this issue at the beginning of their studies but also to offer them concrete solutions. This may be done by means allowing the optimization of their working time, to direct them towards associations or specific doctors following a dedicated training.

Keywords : health, general practitioners, self-care, physician patient, medical follow-up